

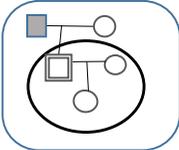
緩和ケア病棟申し込み書

東京通信病院 がん相談支援センター宛

Fax **03-5214-7735**

申し込み時①～⑥の種類をFAX時に☑チェックをお願いします。

- ☐①緩和ケア病棟申込書 ☐②診療情報提供書 記入日 年 月 日
- ☐③血液検査データ（5～6回分） ☐④画像レポート ☐⑤看護サマリー 記入者名（ ）
- ☐⑥緩和ケア病棟への入棟に関する同意書 ☐⑦CD-ROM面談時持参 ☐医師 ☐看護師 ☐MSW ☐他

紹介元	医療機関名		診療科
			連絡先Tel
登録内容	☐入院（転院・在宅） ☐登録のみ（入院中・在宅）※訪問診療なし・あり（社会資源に記載）		
紹介理由	☐患者の希望 ☐家族の希望 ☐その他（ ）		通信以外の面談予定 なし・あり
ふりがな		生年月日	西暦 年 月 日
患者氏名	(男・女)		(歳)
居住地		職業	
診断名			
転移部位	☐脳 ☐肺 ☐肝 ☐骨 ☐リンパ節 ☐腹膜播種 ☐その他（ ） ☐無		
治療歴	外科手術 ☐なし ☐あり：術式 施行日（ 年 月 日） 化学療法 ☐なし ☐あり（ 年 月 日まで施行） 放射線療法 ☐なし ☐あり（部位・線量 ）		
感染症	☐HBS ☐HCV ☐HIV ☐梅毒 ☐MRSA ☐緑膿菌 ☐VRE ☐結核 ☐CRE ☐ESBL ☐CDtoxin ☐他（ ）		
既往歴			
予後予測 説明時期	☐説明年月日（ 年 月 日 ） ☐～2週間 ☐～1ヶ月 ☐～3か月 ☐6カ月～		
患者本人IC	☐病名 ☐病状 ☐予後 ☐DNAR ☐急変の可能性 ☐告知なし *理由（ ）		
キーパーソン IC	氏名 続柄 .		
	☐病名 ☐病状 ☐予後 ☐DNAR ☐急変の可能性 ☐告知なし *理由（ ）		
家族関係	☐男性 ☐女性 ※同居している人は囲ってください 例： 		
社会資源	【生活保護】 担当 電話 【介護保険】 未申請 申請中 取得： 介護度 【ケアマネ】 施設名 担当 【訪問診療】 施設名 担当 訪問回数 【訪問看護】 施設名 担当 訪問回数		

症状	☐疼痛（部位） （使用薬剤・使用量）
	☐全身倦怠感 ☐悪心・嘔吐 ☐咳嗽 ☐便秘 ☐下痢 ☐腹水 ☐胸水 ☐痙攣 ☐不眠 ☐眠気 ☐抑うつ ☐浮腫（部位） ☐呼吸困難 ☐酸素吸入___L/min（☐マスク ☐鼻カテ ☐他） ☐その他の身体症状（ ） ☐その他の精神的症状（ ） ☐褥瘡 部位・大きさ・グレード（ ） 処置内容（ ） ☐認知機能（ ） ☐離床センサー ☐せん妄（要因・治療）
PS	☐0： 無症状で社会生活ができ、制限を受けることなく、発病前と同等に行動ができる。 ☐1： 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行・軽度の労働・座業はできる。 ☐2： 歩行・身の周りのことは可能。時に少し介助が必要。軽い労働はできないが、日中の50%以上は起居している。 ☐3： 歩行・身の周りのことは可能。しばし介助が必要。日中の50%以上は臥床している。 ☐4： 身の周りのことができず、常に介助が必要。終日臥床している。
栄養	☐正常 ☐絶飲食（ ）
挿入物等	☐CVカテーテル ☐PICC ☐CVポート ☐末梢点滴 ☐皮下注 点滴内容（ ） ☐胃瘻 ☐腸瘻 ☐イレウス管 ☐ステント（部位： ） ☐尿留置カテーテル（最終交換日： 年 月 日） ☐ストマ ☐吸引（ 回/日） ☐ドレーン（部位 ） ☐腎瘻（右・左：交換日 ） ☐その他（ ）
障害等	麻痺 ☐無 ☐有（部位・程度： ） 言語障害 ☐無 ☐有（程度： ） 嚥下障害 ☐無 ☐有 聴力障害 ☐無 ☐有（☐全く聴こえず ☐補聴器使用 ☐筆談 ☐その他） 視力障害 ☐無 ☐有（☐全盲 ☐眼鏡使用 ☐その他）
希望部屋	☐準個室（14300円） ☐個室トイレあり（10号室29700円）（80・100号26400円） ☐個室トイレなし（21号室26400円）（110・120号22000円） ☐4人部屋（無料） ☐どこでも可 ご質問やご希望事項など
その他	